

子どもの貧困

武 内 一

【抄録】

子どもの権利侵害の最大の要因である貧困は、子どもの発達上の歪みを生じさせる。社会の未来を担う子どもには、未来に向かって人生を選択できる権利が備わっているはずであるし、それらの諸権利は、「国連・子どもの権利条約」にも規定されている。

本グループでは、権利条約が示している子どもの権利を保障し、生きる力を育むために、実践（臨床）レベルから制度レベルにおける「脱子ども貧困」の提言を「子どもの権利保障」の観点から行うことを課題とした。

1. 子どもの権利

医療・保健領域における、子どもの権利条約20年の成果と課題

はじめに

医療・保健領域における子どもの権利に関わる主たる問題を大きく3点論じる。第1に、すべての子どもにとって身近な日常診療の現場の変化から、2番目は、日本では後景に追いやられがちな社会小児科学の分野から、3つ目は、先端医療分野および生命倫理の分野から取り上げ、最後に「子どもの意志を尊重する医療」について言及したい。

1. 医療現場の日々の課題

1-1. 子ども虐待

総務省の報告では、医療現場からの通報は対応件数全体のわずか3%程度とされており、医療機関の虐待への気づきという役割は十分ではない可能性がある。開業医や一般病院小児科医の中には、要保護児童対策協議会（要対協）のメンバーとなり、虐待防止のためのノウハウや地域連携の仕組みが蓄積されつつあることから、子どもの権利を擁護する点で前進はあるものの、通報に至らない十分な気づきに至っていない現状がある。今後は早期発見の場としての役割りを担うことが期待される。

それに関連して、虐待死に関する警視庁の報告では最近の12年間で前半後半に分けた場合、後半の6年間では前半の85%に減少している。少なくとも過熱気味に報道されるほど、虐待死の増加傾向は確認できない。

1-2. 在宅医療

高度化する周産期医療は1kgに満たない超未熟児を救命できるようになった。そのような医学の進歩によって、周産期センターから地域に重い障害を残す乳児を帰して周産期センター機能を維持したいという医療側の事情と、筋疾患や神経難病などと向き合いながらも家で暮らしたいという本人や家族の切実な願いに応えるという課題に対して、医療技術と在宅サポートシステムが発展してきた側面と、国の医療費抑制政策に基づく入院医療から在宅医療への保険点数上の誘導という医療費抑制の思惑も重なり、様々な障害をもちながらも家族とともに家庭で暮らすことが、この20年間で急速に可能となってきている。

課題としては、緊急時の入院受け入れ体制の確保、往診する医療機関、訪問看護やリハビリ、訪問介護といった関係機関の連携、24時間体制での在宅・医療・看護の構築があり、そうした社会資源の整備が十分でない中での家族の過重な負担となっている。特に経管栄養、気管支拡張剤の吸入や痰・唾液の吸引、人工呼吸器管理といった生活のために欠かせない医療的ケアを必要とする障害児・者にとって、権利を擁護する方向での変化ではあるが、支払いの上限はあっても応益負担は大きな問題で、医療のニーズが高いほど機会の平等が確保できていない問題が残る。

1-3. 遊びの保障

命を救うという大義のために医療の滞りない遂行が何ものにも優先していた時代から、なぜ検査が必要なのか子ども自身が説明を受ける権利が常識となる時代は近い。十分定着しているとは言えないが、英国からわが国に導入されたホスピタル・プレイ・スペシャリスト（HPS、2008年から国内で養成開始）や米国の資格であるチャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS、1999年に最初の有資格者が勤務開始）、わが国で独自に導入されつつある子ども療養支援士（2011年から養成開始）、医療保育専門士（2007年から認定制度開始）などの専門職スタッフが、子どもへの説明だけではなく遊びを支援する役割を担っている。

子どもにとって遊びは、自分が主役になって思いを実現するために大変重要な役割を果す。そして遊びは本来「自分のやりたいことを自分で選んで遊ぶ」ものであり、強制されず自主的なものである。医療の現場では、そうした本来の遊びの価値が理解されず、ゲーム機器やスマートフォンといった商品やゲームソフトで遊びが代替されている現実があり、そういった遊びの形態が入院生活という限定された環境では近年加速している可能性がある。一方、2004年の診療報酬改定によって、30m²以上のプレイルームと1名以上の病棟保育士の配置によって診療報酬上の加算が認められるようになった。こうした診療報酬体系における医療・看護の周辺領域への評価の導入は、子どもの権利保障への流れに沿う変化だと言える。

2. 社会医学・保健領域の大枠での変化

わが国では、Social Paediatrics あるいは Child Public Health といった海外で重視されてい

る分野の学問体系は国内では確立しておらず、軽視されてきた。

2-1. 子どもの貧困

2008年に、保険証のない「資格証明書」を発行された世帯の子どもたちの医療費が100%自己負担になる問題が大きく取り上げられた。私が勤務する病院でも当時33名の子どもが資格証明書で受診していて、その内12名の通院が途絶えていた。その後保険料を滞納している世帯の子どもであっても、高校生相当の年齢までは3割負担で医療が受けられるようになった。2008年10月厚労省の公表資料によると資格証明書世帯で暮らす子どもの数は、中学生以下で3万3千名（人口の約1%）であった。その後、2014年に厚労省が公表した国民生活基礎調査に基づく子どもの貧困率は16.3%（2012年所得）と、子ども貧困は益々大きな社会問題となっている。

こうした状況に対して、過去20年間で「子ども＋貧困」をテーマにした医学論文はわずか145編で「子ども＋事故」1,728編、「子ども＋虐待」3,979編と比べて著しく少なく、医療の貧困問題への関わり方は、子どもの権利擁護の観点から十分ではない。

2-2. 小児医療費の自治体助成の拡大

少子化対策としての位置づけと親たちの地道な運動の結果、自治体による医療費助成は拡充の方向で動いている。市町村単位で外来医療費をみた場合、就学以降の年齢まで助成している自治体は、1998年時点で13/3,255（0.3%）に過ぎなかったが、2013年には1,324/1,742（76.0%）まで拡大した。しかし、3歳までの助成に留まる自治体から学生である場合22歳まで医療費助成する自治体（南富良野町）まで、自治体の財政状況や取り組む姿勢によって大きな差がある。

助成範囲の拡大の一方で、過半数の自治体は所得制限を設けており、自治体窓口で申請した者に対してのみ振込で負担分を助成する償還制度を導入している自治体も1,149/1,847（2006年64.9%）にのぼるが、その背景には、直接窓口負担をなくす自治体に対して国庫負担減額という国のペナルティー措置がある。

このような課題を残しつつも、子どもの医療へのアクセス権は近年大きく拡大している。

2-3. ワクチン定期化の拡大（図表1）

1989年から1992年にかけて実施したMMR（麻疹、ムンプス、風疹）ワクチンによる無菌性髄膜炎の多発によってワクチン不信が拡大し、この問題を適切に乗り越えられないまま15年以上が経過した。その間、海外では例えば髄膜炎など重症感染症を予防するヒブワクチン（米国では1988年定期接種化）や小児用肺炎球菌ワクチン（米国では2000年定期接種化）が次々導入さ、ワクチンで防げる病気はワクチンで防ぐとの考えが、世界のトレンドとなった。日本へのこれらのワクチンの導入は、各々2008年と2010年で10-20年遅れたが、ワクチン導入後ヒブ髄膜炎はほぼ制圧され、肺炎球菌による重症感染症も大幅に減少し、最近の5年間で世界の到達に近づきつつある。

ワクチンに関わる問題としては、過去の生ポリオワクチンによるワクチン関連麻痺の被害や

図表1 ワクチンの歴史（日本とアメリカ）

	日本	アメリカ
1971年		MMR（麻疹、ムンプス、風疹）
1981年	三種混合（無細胞型百日咳）	
1982年		B型肝炎
1985年	B型肝炎（ハイリスクのみ）	
1987年	水ぼうそう（任意接種）	ヒブ・不活化ポリオ
1988年	MMR（麻疹、ムンプス、風疹）	
1991年		三種混合（日本から導入）
1993年	MMR 中止	三種混合+ヒブ
1995年		水ぼうそう（日本から）
2000年		小児用肺炎球菌
2002年		三種混合+不活化ポリオ+B型肝炎
2003年		インフルエンザ経鼻生ワクチン
2005年		MMRV （麻疹、ムンプス、風疹、水ぼうそう）
2006年	MR（麻しん・風しん混合）	ロタウイルス・子宮頸がん （ヒトパピローマ）
2008年	ヒブ	三種混合+不活化ポリオ+ヒブ
2009年	子宮頸がん（ヒトパピローマ）	
2010年	小児用肺炎球菌	
2011年	ロタウイルス	
2012年	不活化ポリオ、四種混合 （三種+不活化ポリオ）	

子宮頸がんワクチンによる慢性疼痛等の訴えなどで、ワクチンに伴う有害事象への国の姿勢が国民の信頼に十分応えていない。一方、水痘ワクチンは2014年10月から定期接種化されたが、日本以外のすべての先進国で定期接種にて実施されているムンプスワクチンが任意接種のままで、今も1,500罹患に1例の割合でムンプス難聴が発生している。

このようにワクチン接種に関わる日本の状況は近年改善傾向にあるが、課題が残っている。

3. 先端医療、生命倫理における変化

3-1. 臓器移植

1997年施行された臓器移植法では、意思表示できる年齢が15歳以上とされていたため、2004年1月までの6年余りの間で小児への心臓移植はわずか2例のみであった。そうした国内事情のため、事実上海外にて移植を受ける道しかない状態が続いた。しかし、裕福国や裕福層への貧困者からの臓器売買の問題から国外での臓器移植を控えるべきと、WHOは2010年総会で海

外での臓器移植の自粛を求める新指針を採択した。

こうした流れを受けて、2010年に国内の臓器移植法も改正され、本人の提供に関する意思が不明な場合でも家族の承諾で臓器提供が可能となり、15歳未満児（意思表示を有効と法的に認めていない年齢）の臓器移植が可能となった。しかし、法的に15歳未満児の意思表示を評価対象としないのは、子どもの権利を適切に擁護しているとは言えない。

3-2. 出生前診断

2013年4月に登場した血清マーカーテストによって、妊婦の血液を少量採取するだけで21トリソミー（ダウン症）、18トリソミーといった染色体異常と開放性神経管異常（二分脊椎症など）の可能性を推測できるようになった。この検査が導入されて最初の一年間に高齢出産等を理由に7,740人が検査を利用し、陽性判定となった142人の妊婦のうち確定診断のための羊水検査で異常だった113人の中の110人（97%）が、人工中絶を選択したと新聞各社が報道した。

わが国の人工妊娠中絶率は2008年10.3/1,000妊娠で近年漸減傾向にあるが、出生数は年間約100万人に対して中絶件数は2012年度で約20万件であったことから、6人に1人の命が中絶によって失われている計算になる。今後、出生前診断が普及すると一部の障害をもつ児の生きる権利が脅かされる事態となり、むしろこの分野での子どもの権利の侵害は拡大している。障害の有無で差別し、いのちの価値を平等と考えない価値観の拡大が懸念される。

3-3. ドラッグラグと希少病治療

特に希少病といわれる特に発生頻度が低い先天性遺伝病など難治性疾患の治療法を開発するのは、患者数が少ないことから一つの国では難しい。そこで近年、特に先進国間で連携して稀少疾患対策が積極的に行われているが、日本はこうした国際連携に向けての国の支援や国民の理解が遅れていて、海外で普及しつつある薬剤が日本で使えない状況をドラッグラグとよぶ。

こうした問題は、希少病だけでなく悪性腫瘍や難治性あるいは慢性疾患の治療法でも問題となる。タイムリーで安全な使用のための合意形成は課題で、ドラッグラグの問題は患者団体の要望に応えているとはいいがたく、海外先進国と比べて子どもの権利が十分擁護されていない状況がある。

4. まとめ 子どもの意志を尊重する医療

医療・保健領域から子どもの権利を概観してみたが、子どもの意志を尊重する医療には、まだまだほど遠い不十分な現実がある。これは、子どもの権利擁護の立場を前提にしてものを考える医師を含む医療従事者の意識改革が必要だが、まだその点が十分認識されていない。

特に医師は、提供できる専門知識をもち、特権的な技術や治療行為を行使できる以上、常に子どもに対してはもちろん家族に対しても強い立場に立つことになる。それでも正しく対等な立場で接する相当の努力が求められ、そういう立場に立ちきる責任がある。そのことを自分自身への戒めとして最後に記し、この項を終わりたい。

参考資料（最終アクセス2014.11.22）

1. 総務省 HP 児童虐待の早期発見
http://www.soumu.go.jp/main_content/000142663.pdf
2. 子どもの虹虐待情報研修センター 平成23年度児童の虐待死に関する文献研究
http://www.crc-japan.net/contents/guidance/pdf_data/H23_sanko.pdf
3. 厚労省 HP 「資格証明証の発行に関する調査」の結果等について
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/dl/h1030-2a_0001.pdf
4. 乳幼児医療費無料化を求める全国ネットワーク
http://babynet.doc-net.or.jp/jititai_josei.html
5. 子どもの脳死と臓器移植 国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 440 (Feb.27.2004)
6. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division World Abortion Policies 2011
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/abortion/worldAbortionPoliciesWallChart2011.pdf>
7. 厚生労働省 母体保護関係
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/12/dl/kekka6.pdf
8. 平成26年版子ども・若者白書 内閣

本稿は、季刊教育法183「特集 子どもの権利条約条約20年の成果と課題」（61-65p, 2014年12月発行）に掲載されたものである。

2. 構造的暴力としての子どもの貧困

子どもの貧困を構造的暴力としてとらえる

はじめに

おとなの中に社会的な不平等が存在したとしても、機会が平等に与えられ、公平な競争の結果だとすれば、それは正当化できるかもしれない。もっとも、現実社会においては、残念ながらしまったくの仮定の話にすぎないのだが…。

子どもは大人と同じには論じられない。社会経済状況が著しく困難な中で過ごしている子どもに対して、それを子ども自身の力不足が問題で、子ども自身の責任だと正当化する考えを支持する人はまずいないはずだ。子どもが格差の中で将来の可能性や展望を描けないとすれば、家族の中だけで解決できないこうした不公平をなくすことこそが、社会の役割だという意見に、大多数の国民の支持が得られることをわたしは信じたし、その前提で「子どもの貧困」を「構造的暴力」と位置づけ、解決を図るべき課題であるという主張を本稿で書き進める。

1. 資格証明書問題

わが国で子どもの貧困が社会問題として強く意識されるようになったのは、医療にかかりたくてもかかれない無保険状態の子どもの存在が、広くマスコミに取り上げられた時からだとい

える。当時、大阪社会保障推進協議会（以下、大阪社保協）の調査によって、大阪府下に少なくとも628人の子どもに「被保険者資格証明書」が交付されていることが、2008年7月に明らかにされた。資格証明書というのは、国民健康保険料（自治体によっては保険税）を滞納した場合、国民健康保険の被保険者であることの資格を証明する書類で、保険証の代わりに交付される。資格は証明しても被保険者証とは異なり、医療費は窓口で全額自己負担しなければならない。その上で後日、市区町村の国保窓口で本来の自己負担分を除いた額（医療費の7割）の払い戻し申請を行うことになるが、これまでの滞納保険料の支払いを優先的に求められるため、実際には7割の払い戻しが滞納分に回され手元に戻ってこないことが、窓口の対応によっては当たり前のように起こってくる。

当時、筆者が勤務していた大阪府堺市内の耳原総合病院小児科でも、33名が資格証明書の交付を受けており、うち12名の受診歴が途絶えていたことが判明した。なかには短期被保険者証を含む国民健康保険に戻っていた児もいたが、一方で生活保護を受給するに至った家庭の児もいた。私が定期的に慢性疾患で診ていた中学生は、資格証明書交付後受診が途切れ、連絡先の電話番号も使用停止となっており対応できないままとなった。

2008年10月に一連の報道を受け、保健局国民健康保険課は資格証明書の交付状況を緊急調査し公表している。それによると、交付世帯数は約33万世帯（全世帯の1.6%）で、中学生以下の子どもがいる世帯は約1.8万世帯（資格証明書世帯の5.5%）であった。中学生以下の子どもの中で、少なくとも約3.3万人（0.2%）に資格証明書が交付されていた。

一連の報道は政府および厚労省を動かす力となり、国民健康保険法が改正され、2009年4月より中学生以下、同年7月より高校生世代以下には資格証明書は交付せず短期被保険者証を交付することになり、現在に至っている。しかし、同じ世帯員であっても子ども以外には、全額負担しなければならない資格証明書が交付されている点を忘れてはならない。

2. 健康保険、国保料のしくみ

厚労省 HP によると、国民健康保険の加入者数は約3,500万人で、その他の公的医療保険と比較して最も加入者が多い制度となっている。平均年齢は他の医療保険より高く50歳で一世帯当たりの平均保険料（保険税）年約14.2万円は、保険料負担率で年収の約10%に相当する。負担割合は大企業の組合健保や公務員および私学教職員等共済組合の保険料負担率の約2倍となっている（図表2）。

元々、国民健康保険の国庫支出金割合は1984年まで50%を超えていた。しかし、国の財政難を理由に以降段階的にその割合を引き下げ続け、現在では半分以下の23%（2013年）となっている。それと引き換えに、個人の保険料負担は2倍以上に引き上げられており、国民皆保険と言いながら、公助から自助へと国の関与を小さくし国民の負担ばかりが増加する構造が進展していることに、注目する必要がある。

図表2 各医療保険の比較

	市町村国保	協会けんぽ (中小企業等)	組合健保 (大企業等)	共済組合 (公務員等)	後期高齢者 医療制度	
加入者数	3520万人	3488万人	2950万人	919万人	1473万人	2012年3月末
加入者 平均年齢	50.0歳	36.3歳	34.1歳	33.4歳	81.9歳	2011年度
加入者 一人当たり 医療費	29.9万円	15.9万円	14.2万円	14.4万円	91.8万円	2011年度
加入者 一人当たり 平均所得	84万円	137万円	198万円	229万円	80万円	2011年度
一世帯当たり 平均所得	145万円	242万円	374万円	467万円	—	2011年度
加入者 一人当たり 平均保険料	8.1万円	9.9万円	10.0万円	11.2万円	6.3万円	2011年度
一世帯当たり 平均保険料	14.2万円	17.5万円	18.8万円	22.7万円	—	2011年度
保険料負担率	9.70%	7.20%	5.00%	4.90%	7.90%	

厚生労働省 HP

そういった政策展開では、当然のように低所得者層を中心に引き上げられ続ける国保料が払えない世帯が増えていくことになる。

3. 小児医療費自己負担のその後

まず、医療保険制度から子どもの貧困が問題となってきた経過を示した。その後、子育て支援策あるいは少子化対策の充実の必要性から、多くの自治体で独自の子どもの医療費の助成制度を展開しており、子どもの医療費の自己負担が生じない状況が拡大している。

そのことは子育て世代には大変ありがたい変化ではあるが、大阪社保協によると、大阪府の制度では就学前の子どもを対象に自己負担額を1医療機関当たり1回500円で月2日分1000円、月額2500円とし、それを超える額分を助成している。負の制度に上乗せして各市町村が独自の助成を行っている。2016年度の通院費でみると29/43自治体（67%）で中学卒業あるいは高校卒業相当まで助成を拡大し、24/43自治体（56%）で所得制限を設けていない。さらに、入院医療費では41/43自治体（95%）で中学卒業あるいは高校卒業相当まで助成を拡大し、36/43自治体（84%）で所得制限を設けていない。

今日のこうした状況から、単に保険診療の自己負担だけでみると、多くの自治体で窓口負担の心配なく医療機関を受診できることから、それは望ましい変化である。しかし、資格証明書問題がクローズアップされた当時との比較では、医療制度上は直接的に子どもの貧困がつかみ

にくくなっていると言える。しかし、医療現場で子どもの貧困が本当に見えにくいのであろうか。

4. 医療での子どもの貧困

4-1. 貧困を疑う

医療機関にとって気になる親にしばしば出会う。「(予約はしたものの) 予約時間から大幅に遅刻して来院する」「(嘔吐下痢でぐったりウトウト、高い熱が1週間続くなど) 随分悪くなってから受診する」「(子どもの様子を把握する余裕がないのか) 熱や咳、嘔吐といった症状の経過を説明できない」「(早く何とかしてほしいとの思いからか) 家庭看護の工夫を説明されるより、点滴あるいはとにかくよく効く薬を出すようにと訴える」「(必要とわかっているのかどうか、いくら進めても) 予防接種を受けない」「(通常の診療時間にはほとんど来ないのに) 時間外の救急外来を受診する」などである。

生活に追われている状況は、こうした気になるあるいは医療の側にとって困惑させられる親の態度と結びついているように思う。さらに、次のような待ち合いや診察室での親子の様子から、家族の厳しい状況が想像できるかもしれない。

4-2. 困った親子は困っている親子

「子どもが待ち合いで走り回ったりウロウロしたり落ち着かない」「親が子どもを大声で怒鳴る、いきなり子に平手がとぶ」「子どもは放ったらかしで母親はスマホに集中する」「(着飾った) 母親の服装と(季節外れの着古した) 子の服装がちぐはぐ」「子どもが医師やスタッフに妙に馴れ馴れしい」「母親の会話がタメグチ、逆に視線を合わせず面倒くさそうな話ぶり」「些細なことで受付に喰ってかかる」などが、医療期間にとっての困った親子の姿として挙げられるが、その背景には経済的困難を抱えており、親と子のいい関係が結ばれていない状況があるのかもしれない。むしろそう思って「困った」親子だからこそ支援する必要があるといえる。

5. 医療機関ベースでの子どもの貧困調査

こうした医療現場では意識しないと気づきにくい子どもの貧困問題を視覚化するために、本プロジェクトと全日本民医連加盟医療機関の協同で、産科病棟で出生した新生児、多くは乳幼児が占める入院児、そして小学校中学校に通う外来受診した児の3グループの家族を対象に、生活実情と医学的背景に関する多施設共同調査を実施した。

詳細はまだ分析途上だが、3つの調査を通じて、非貧困世帯との比較で見えてきた貧困世帯の特徴は、①母親の低学歴と高い喫煙率、子どものみならず家族全体の健康への不安、②ワンルームを含む極端に少ない部屋数あるいは多世代での同居、③任意のため有料となるインフルエンザワクチンの低い接種率、健診や受診控え、喘息罹患率の高さ、などに要約される。こうした調査は海外では当たり前に行われているが、複数の医療機関が協力して年収に基づき貧困

世帯の状況を検討したのは、この調査が日本で初めての試みである。

6. 構造的暴力としての貧困

医療から見えてきた一方で、今日、医療からは見えにくくなっている子どもの貧困問題であるが、あらためて「貧困」をどのようにとらえ、この問題に向き合うべきかを考えたい。

まず、貧困を「構造的暴力」として理解する必要がある。構造的暴力は、50年近く前にノルウェーの社会学者、ヨハン・ガルトゥングが提唱した言葉で、社会や経済の仕組みの中で生じてくる、「特定の誰か」によるものではない、たとえば「国家」や「権力」によって引き起こされる政治的、経済的、文化的な暴力の行使をいう。政治的には抑圧であり、経済的には搾取であり、文化的には疎外である、というふうに説明される。ガルトゥングは、戦争と並んでこの構造的暴力を、平和を阻む課題として位置付けた。

貧困は、まさに税制および社会保障や雇用政策によって、また新自由主義経済とその結果としての富の集中によって、そして性別、国籍あるいは地域的差異によって、極めて明確な「構造的暴力」として語ることができる。

このように「子どもの貧困」を「構造的暴力」として明確に位置付ける視座に立ち、日本を他の国々と比較してみたい。

7. 先進諸国との比較

最新のユニセフによる先進国の子どもの相対的貧困率の比較によると、日本は先進41か国の中で子どもの貧困率は下から14位15.8%となっている（図表3）。主な先進国との比較でも、一貫して悪化しているのが日本の特徴となっている（図表4）。2013年の収入に基づく国民生活基礎調査によると、社会保障関連手当などを含む所得全体から税金や社会保険料を差し引いた一人当たりの可処分所得の中央値は年221万円、相対的貧困線は年111万円であった（図表5）。

ユニセフは、貧困問題を考える指標として、貧困の深刻さにより注目した「相対的所得ギャップ（relative income gap）」を重視している。子育て世代にとっての相対的所得ギャップというのは、所得が下から10%にある子どもの世帯所得が、世帯収入の中央値（50%にある子どもの所得）に対する喪失の割合（ギャップ）を示している。日本は先進41か国中下から8位で、所得が下から10%にある子どもの世帯は「ふつう」の世帯から約60%も少ない収入で生活している（図表6）。つまり、日本は下位1/3程度と子どもの貧困率が高いだけでなく、その貧困の程度はさらに深刻な状況下にある。貧しい世帯の中でも、より少ない収入で生活せざるをえない極めて貧困の程度が深い世帯が目立つことに注目する必要がある。そこには、政策の果たす役割が大きい。

これらの指標でみた場合、同じ東アジアの国である韓国との相違は際立っている。韓国の子

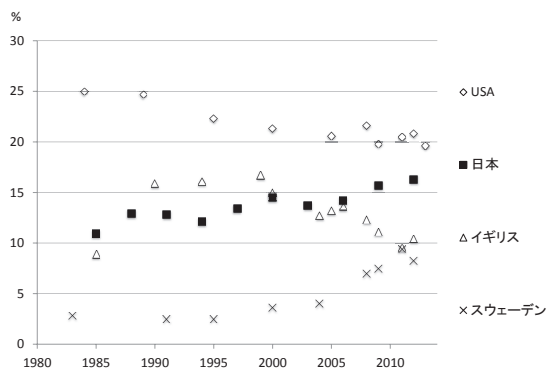
図表3 貧困率（Child poverty rate）中央値の50%以下の割合

順位	国名	Child poverty rate
1	フィンランド	3.7
2	ノルウェー	4.5
3	デンマーク	4.8
—	—	—
9	ドイツ	7.2
10	韓国	8.0
—	—	—
12	フランス	9.0
13	スウェーデン	9.1
13	キプロス	9.1
15	オーストラリア	9.3
15	イギリス	9.3
—	—	—
28	日本	15.8
—	—	—
31	イタリア	17.7
32	リトアニア	17.8
33	アメリカ	20.0
—	—	—
41	イスラエル	27.5

・日本は、41か国の中で下から15番目となっており、イギリスより7割多く、もっとも少ないフィンランドの4倍以上にのぼる。
 ・15.8%ということは、6-7人に一人は貧困基準線を下回る生活実態にあるということになる。

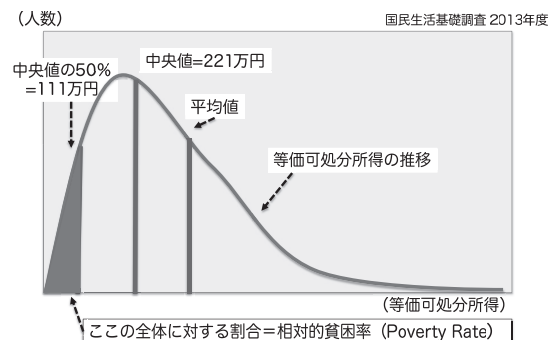
UNICEF Innocenti Report Card 13 Children in the Developed World

図表4 子どもの貧困状況を4カ国で比較



OECD StatExtracts Income Distribution and Poverty: Child Poverty Rate

図表5 一人当たり可処分所得からみた相対的貧困（中央値の半分以下）の定義



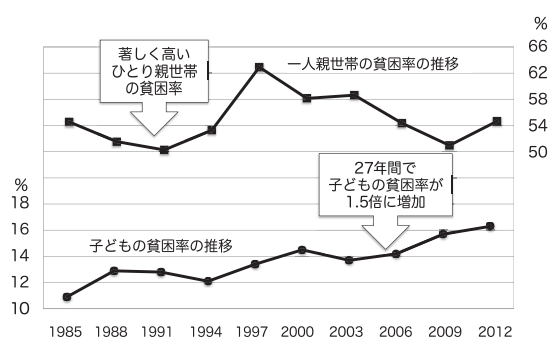
図表6 相対的収入ギャップ (relative income gap)

順位	国 名	RelativeIncome gap
1	ノルウェー	37.00
2	アイスランド	37.76
3	フィンランド	38.34
4	デンマーク	39.54
—	—	—
7	イギリス	39.94
8	オランダ	40.64
—	—	—
12	ドイツ	43.11
13	フランス	43.95
14	オーストラリア	44.75
15	韓国	45.74
16	スウェーデン	46.23
—	—	—
30	アメリカ	58.85
—	—	—
34	日本	60.21
35	イタリア	60.64
—	—	—
41	ルーマニア	67.08

- ・日本は、41か国の中で下から8番目となっており、アメリカより貧困が深刻となっている。
- ・約6割のギャップということは、下からちょうど10%の家庭の子どもの場合、中程度の生活家庭の収入の4割でやりくりをして暮らしている。

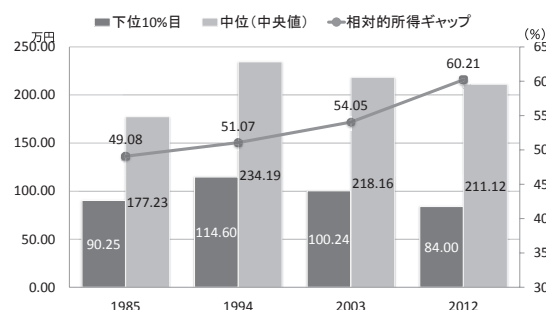
UNICEF Innocenti Report Card 13 Children in the Developed World

図表7 一人親世帯の貧困率の推移
子どもの貧困率の推移



厚生労働省統計調査資料

図表8 下位10%目と中位〈中央値〉の世帯所得および相対的所得ギャップの推移



厚生労働省「国民生活基礎調査」より阿部彩推計

どもの貧困率は、8.0%で世界10位、日本の約半分に過ぎず、相対的収入ギャップは46%と世界15位で日本より約15%貧困の深さも浅い。韓国のこれらのデータは、スウェーデンを上回っている点にも注目したい。子どもの貧困問題を、経済や文化さらにはメンタリティーを挙げ、欧米とアジアさらに日本が異なっているという喧伝を鵜呑みにしない注意が必要である。

8. 子どもの貧困の推移

子どもの貧困は、子育て世代のおとな（家族）の貧困と言える。子どもの貧困の推移を現代まで25年あまり振り返ってみると、基本的に右肩上がりに増大してきたことがわかる（図表7）。特に9割以上を母子世帯が占める「ひとり親世帯」の一貫して50%を超える高い貧困率は、解決が図られてきていない問題である。しかも、厚労省の全国母子世帯調査によると、2006年現在85%のシングルマザーは就労している。さらに、貧困率の拡大とともに年々相対的所得ギャップも拡大しており、二重の意味で子どもの貧困が悪化しつつある（図表8）。

この中からみえてくるのは、①子育て世帯の就労により得られる所得が少ない、②特に女性が就労収入で生活を維持できない構造がある、③そうした状況を社会保障制度で補う仕組みが十分機能していない、といった点である。

9. 非正規雇用の拡大

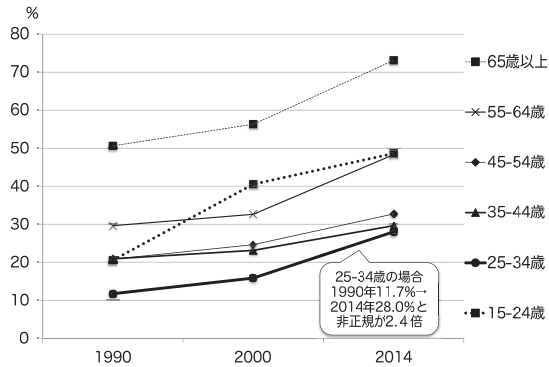
総務省統計局による2015年10-12月期の雇用形態別雇用者状況をみると、就労者の総計約5,300万人のうち、非正規雇用は2,000万人（38%）で就労者の2/3を超えている。1995年に初めて非正規雇用者が1,000万人を超えたが、その後20年間で倍増したことになる。その最大の理由は企業にとってのコストの削減が挙げられる。その結果、元来自営業者とその家族従業員を主体としていた国民年金や国民健康保険（以下、国保）は、非正規雇用者の比率が増大している。

国保の場合、2013年度でみると無職が43%ともっとも大きな割合を占めていたが、続いて多いのは雇用者で35%となっていた。この場合の雇用者は非正規雇用者で、非正規雇用の約半数は企業の健康保険ではなく国保の適応を受けている。無職と併せるとほぼ8割を占めており、国保は無職者とワーキングプアのための公的医療保険制度といえる状況に変化してきた。国保一世帯当たりの平均年間所得は約140万円で国保料は約15万円に国民年金約20万円が加わり、所得の1/4はこれらに消えている。

10. 子育て世代の収入

子育て世代が属する年齢層でみた場合、25-34歳の場合、1990年には非正規雇用の割合が12%であったのが、2014年には28%と2.4倍となっている（図表9）。全体で28%だが、男女でみると男性が22%であるのに対して女性の57%が非正規雇用となっていた。特に子育て中の母

図表9 非正規雇用割合の年齢階級別変化



総務省統計局

親の就労状況を国民生活基礎調査（2013年度）でみると、就労している約63%の母親の中で雇用形態の明確な場合の非正規就労は64%にのぼっていた。

そういった就労形態の不安定化の中、世帯員一人当たりの平均所得をみた場合、29歳以下は約170万円、30-39歳は約173万円、40-49歳は約198万円である（国民生活基礎調査（2013年度））。子どもがいる現役世帯の世帯員一人当たり可処分所得中央値は、1997年

の259万円（貧困線130万円）をピークに減少を続け、2012年には15%減の221万円（貧困線111万円）となった。収入の少ない層の所得が年々低下している現実も抑えておく必要がある。

男女を問わず子育て世帯が非正規雇用による不安定で低収入な収入に頼らざるをえないのは、企業側の労働市場の規制緩和を受けた労働者派遣法の度重なる改正の結果である。

11. 女性の低賃金の実態

スーパーでパート就労している40歳台後半のヤスエさんは、後で知ることとなるが1日8時間働いても手取りは10万円あまり、週末はもちろん年末年始もシフトに組み込まれて休めない。離婚後、アパートで一人暮らしをし、子どもは父親の元で過ごすが発達障害があり、引きこもり状態となっている。母子関係の築き直しが子どもの社会参加にとって大事だと考え、別々で暮らす母子を外来に通ってもらっていた。そんなある日、ヤスエさんから「この通院の機会が親子の関係づくりで大事なことはよくわかっている。でも、会うためには職場の気を遣い、子どもとの食事や買い物の出費が大変になる。通院間隔をあけてほしい。」そう絞り出すように話されたことがあった。たとえ、医療費が無料でも、通院するにはこうした事情があることを想像できていなかった。

国民生活基礎調査から、母子家庭・父子家庭の年次推移を見ると、1990年から2013年の間で、父子家庭の総世帯に占める割合は約10万世帯0.2%と大きな変化はないが、母子家庭は54万世帯1.3%から82万世帯1.6%と世帯数では1.5倍に増えている。そして、母子世帯の就労率は8割を超え、その世帯員一人当たりの収入は2011年で85万円となっていた。

ここでの収入には、賃金だけでなく、社会保障制度に基づく公的扶助が含まれている。それにも関わらず、著しい低収入が放置されている現状は、多くは特定のスキルをもたない女性の非正規就労の低賃金が容認されているだけでなく、社会保障制度の介入で収入の下支えがあるべきなのにそれすら機能していないことに関係している。この事実は、先のユニセフの国際比較にあるようにわが国の大きな相対的所得ギャップの存在でも示されており、社会保障政策の

欠落を浮き彫りにしている。

12. 社会保障政策

社会保障に形態には、社会保険（国民年金、国保）、社会支援（児童手当、児童扶養手当など）、ベーシック・インカム（以前の子ども手当、所得制限のない子ども医療費助成）の3つがある。

わが国には、誰にも平等に提供される普遍給付に相当する所得調査のない社会保障制度（ベーシック・インカム）は、多くの自治体の

子ども医療費助成制度のみであり、その他の貧困を下支えする仕組みとして機能しているのは、すべて選別給付、つまり所得調査のある社会支援制度分類されるものである。

社会学者アトキンソンによると、所得調査のある各種手当の申請状況は、イギリスの子ども税額控除の需給率で83%、アメリカの勤労所得税額控除で75%となっており、それでも受給資格を持つ「かなりの少数派」は受給申請していないことを問題とし、調査そのものが複雑であり申請者の能力にも左右されることから、こうした選別給付は大きな欠陥がある制度だと指摘している。

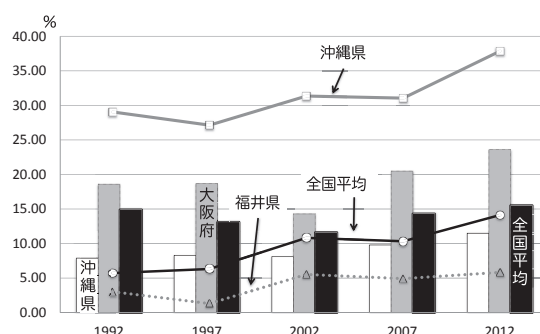
日本の需給状況はどうか。山形大の戸室は、相対的貧困率とは別のより実生活に則した生活保護基準となる「最低生活費」に基づいて貧困率を算定し、実際に生活保護を受けている割合をその捕捉率として示した（図表10）。注目すべきは全国の貧困の捕捉率で、20年間を振り返ると2002年の11.6%が最低でその後上昇してはいるが2012年で15.5%に過ぎない。捕捉率の上昇に関して、戸室は貧困問題に取り組む社会運動の広がりやマスコミがそうした動きを報じたことで、生活保護行政の対応がやや緩和されたのではないかと分析しているが、欧米の捕捉率との比較で見た場合、わが国では今も8割以上の世帯が社会保障制度から排除されていることを明らかにしており、我が国の選別給付は必要とする対象者にほとんど届いておらず、社会保障としての役割を果たせていない。

まとめ

以上、子どもの貧困の現状と政策の中でこの問題が解決されずに、むしろ、拡大し深刻化してきている状況を解説した。この問題は、まさに「構造的暴力」と捉える必要がある。

最初に述べた「子どもが格差の中で将来の可能性や展望を描けないとすれば、家族の中だけで解決できないこうした不公平を社会が支えることこそが、社会の役割である」ということを改めて確認し、本稿を終えたい。

図表10 最低生活費からみた子どもの貧困率（折れ線）と捕捉率（カラム）の推移



山形大学人文学部研究年報 戸室健作

参考文献

1. 武内 一 福祉のひろば 2008. 27-29p 総合社会福祉研究所
2. 寺内順子 基礎から学ぶ国保 2015. 日本機関紙出版センター
3. 2016年度子どもの医療費助成制度大阪府内市町村実施一覧 2016. 大阪社保協
4. ヨハン・ガルトゥング 構造的暴力と平和 1991. 中央大学現代政治学双書
5. ユニセフ・イノチェンティ研究所 イノチェンティレポートカード13 2016. 日本ユニセフ協会（ユニセフ日本委員会）
6. 周燕飛 他 労働政策研究報告書 No. 140 序論 2012. 1-60p 労働政策研究・研修機構
7. 戸田典子 非正規雇用者の増加と社会保障 2007. レファレンス
8. 労働力調査（詳細集計）平成27年（2015年）10～12月期平均（速報） 2016. 総務省統計局
9. 平成25年国民生活基礎調査の概要 2014. 厚生労働省
10. アンソニー・B・アトキンソン 21世紀の不平等 2016. 東洋経済新報社
11. 戸室健作 都道府県別の貧困率，ワーキングプア率，子どもの貧困率，捕捉率の検討 2016. 33-53p 山形大学人文学部研究年報

本稿は、生存科学27-1「特集＝暴力」（19-30p, 2016年9月発行）に掲載されたものに、一部訂正を加えた。

3. 叩く子育てと子どもの権利

3-1. 大学生の実際

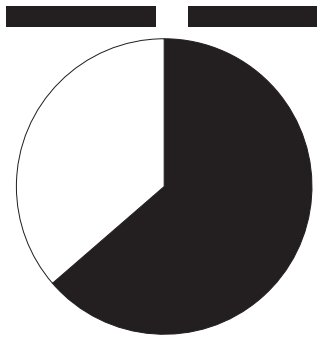
この当然と思われる権利は、無自覚に踏みにじられている場合がある。大学の社会福祉学部の通学生への講義の中で、120名あまりの学生に、①あなたは親や家族に叩かれて育った経験がありますか、②叩く子育てを何%容認しますか、を尋ねてみた。

自分自身の叩かれた経験をもつ学生は約2/3であった（図表11）。20歳前後の世代で社会福祉を目指そうと志す学生の育った家庭であってもこれだけの割合を示すことには、やや衝撃を受ける。さらに残念なのは、叩く子育て決して容認しないとの答えは、わずかに14%しかなかったことだ（図表12）。叩かれた経験がない場合、叩かない選択をしているが、逆に叩く子育てを経験している場合、多くは同じ子育てを連鎖させる可能性が示唆された（図表13）。

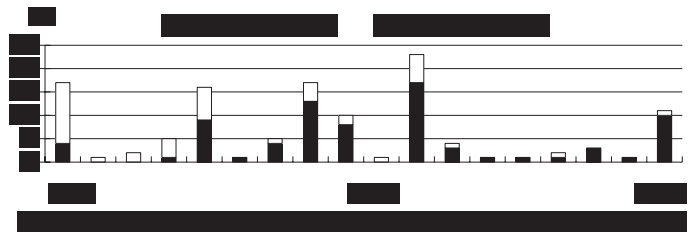
3-2. こどもの権利手帳作成の試み

そこで、親となる世代へのメッセージと子どもたちへのメッセージを、下記のような形で文章化する試みをおこなってみた。

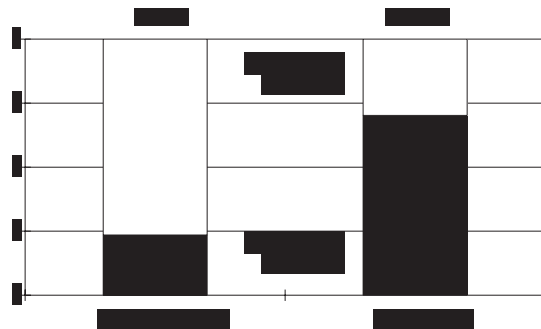
図表11 自らの叩かれた体験



図表12 自らの体験と叩く子育て度



図表13 自らの体験と叩く子育て有無



おとなバージョン

子どもは叩かれない権利がある

【ある大学生に聞いてみました】

ある大学生にこんな質問をしました。「子ども時代に叩かれた経験はありますか?」「しつけとして叩く子育てもありだと考えますか?」一つ目の質問に対して6割の学生が「ある」と答えました。残念だったのは二つ目の質問への解答です。9割近い学生が叩く子育てはありだと答えたからです。体罰の経験がある学生のほとんどは、叩く子育てを認めていました。経験のない学生の7割も、叩く子育てを容認していたのは驚きでした。

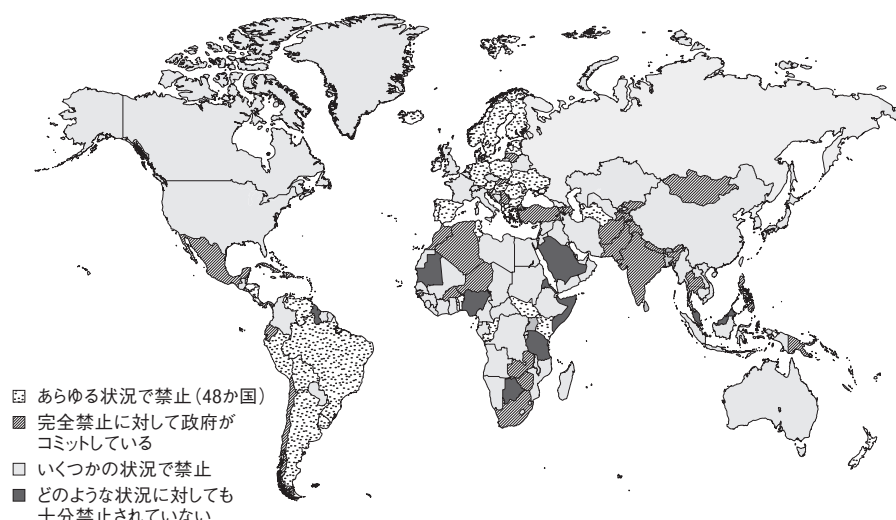
叩かれた体験がある場合、体罰の否定は、叩かれておとなになった自分のアイデンティティが揺らぐ不安を感じるのかもしれませんが。育ったようにしか子育てが出来ないのでしょうか?決してそんなことはありません。

【世界の体罰】（図表14）

体罰に対する各国の姿勢をこの地図は示しています。北欧とドイツなど一部の西欧諸国は理解しやすいとしても、体罰を全面的に禁止する法律を整備して世界をリードしているのは、意外にも旧東欧諸国とラテンアメリカの国々です。昨年末で世界の約1/4、195か国中48か国もの国が体罰を法律で禁じています。残念ながら日本を含む東アジアは、この問題に消極的です。

スウェーデンでは、1958年に学校での体罰を禁止し、1979年に世界に先駆けて家庭における

図表14 体罰に対する各国の法整備（2015年12月までの集計）



出典：Gloval initiative to All Corporal Punishment of Children

体罰を法律で全面禁止しました。その結果、体罰を容認する世論は今では一割未満となっています。特にヨーロッパ各国は、体罰を地域全体で禁止しようと努力しています。

【日本の体罰】

これからの時代を生きる子どもたちに、いのちの平等や一人一人の権利が尊重される社会のあり方を伝えることこそ、子育てで大事にしたいですね。実は、戦後直ぐの1947年に制定された学校教育法第十一条に「…文部科学大臣の定めるところにより…体罰を加えることはできない。」とあります。実態はそうでなかったとしても、新憲法のもとで体罰禁止をスウェーデンより一年早く掲げているのはすごいことです。

しかしその解釈として、文科省の2013年の参考事例では「(児童の) 頭を平手で叩く」「(児童に) ボールペンを投げつける」「正座させる」は禁止ですが、「教室内で起立させる」「教師の足を蹴った児童の背後からからだをきつく押さえる」などは正当な行為だと示しています。こうした文科省の解釈では、良い体罰と悪い体罰があるかのような誤解を与えかねません。

2000年に「児童虐待の防止等に関する法律」が制定されました。その第二条で虐待に関する4つの行為を示しています。一つ目が「児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること」とされ、第三条で「何人も、児童に対し、虐待をしてはならない」としています。しかし、この文言では、外傷が生じない程度の痛みと恐怖を与える体罰は禁止されていないことになります。

【体罰や懲罰で問題は解決しない】

体罰と虐待は線を引いて区別することが出来ないと思います。それでもよく聞くのが、お尻を加減して叩くくらいは体罰ではない、冷静に叩くのはしつけの一貫で愛のムチだ、そんな言葉で語られる良き体罰論です。意図的な懲罰行為であれ、感情に任せた衝動的行為であれ、

痛みや恐怖で子どもをコントロールする育児あるいは教育法の根底には、子どもを親の所有物として支配する感情があります。また、ここからが体罰という線引きをして、その範囲内は認めるべきという意見には矛盾があります。痛みや恐怖を伴わないからだへの接触を容認せよと言うならば、それはそもそも体罰禁止と同じです。

【体罰と貧困に共通するもの】

生活が不安定で借金を抱えていると、感情もピリピリしがちです。ですから、体罰してしまう背景に貧困があることもしばしばです。そして体罰と貧困に共通するものは、人としての尊厳への侵害です。誰であっても、人として尊重され、自分自身を辱められない、力による暴力だけでなく言葉による暴力も許されないということです。

体罰を受ける家庭は、子どもにとって安心できる場となりません。発達の途上にあり、からだも小さく、力も弱い子どもにとっての痛みや恐怖の体験は、心の傷として長く深く残ります。体罰で無力感を覚えた子どもには暴力や権力を絶対視する気持ちが生まれ、おとなに育ったあと、不満感を残虐な方法で表したり、子どもや弱いものに力で服従を迫ったりするかもしれません。体罰を通じて私たちは、弱者への軽蔑の気持ちを生むような手本を示してしまうと言えます。

【体罰に頼らないのは意外と簡単】

先に紹介したスウェーデンでは、子どもとの衝突に体罰ではない別の解決法を見つけました。日本でも大学生への調査にあるように、多くの家庭で叩かない子育てが実践されています。子どもにも人としての権利があり、将来、弱い立場の人の尊厳や権利を守り、叩かない子育てがあたりまえにできる親に育ってほしいです。

子育てを家族の中だけの問題としないで、親への支援を手厚くしながら家族のおかれた環境を改善させている各国の経験に学びたいと思います。

参考

1. Gloval initiative to All Corporal Punishment of Children HP（2015年1月アクセス）
2. 子どもに対する暴力のない社会をめざして一体罰を排したスウェーデンの35年の歩み—セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン（2015年1月アクセス）
3. 学校教育法第11条に規定する児童生徒の懲戒・体罰等に関する参考事例，文科省 HP（2015年1月アクセス）
4. Gundersen Nation Child Protection Training Center HP（2015年1月アクセス）

子どもバージョン

子どもはたたかれない権利がある

【世界には、たたかれない子どもがたくさんいます】

たたく子育てをそれぞれの国がどう考えているのかを地図でしめしています。ヨーロッパの国々やラテンアメリカの国々が、たたかない子育てを進める世界のリーダーとなっています。2015年までに世界の約1/4、195か国中48か国もの国がたたく子育てを法律で禁じています。残念ながら日本をふくむ東アジアの国は、たたく子育てをダメだと言っています。

スウェーデンでは、1958年に学校での体罰を禁止し、1979年に世界ではじめて家での体罰を法律で全面禁止しました。その結果、たたかない子育てがあたりまえになっています。特にヨーロッパの国では、体罰を禁止しようと全体で取り組んでいます。

【日本の体罰】

これからの時代を生きる君たちにこそ、おとなである私たちは、いのちの平等や一人一人の権利が大事にされる社会のあり方を伝えたいと思います。実は、第2次世界大戦のあとの1947年に決められた学校教育法の第十一条には「…文部科学大臣の定めるところにより…体罰を加えることはできない。」と書いてあります。新しい憲法ができて体罰禁止をスウェーデンより一年早く法律で決めたのはすごいことです。

ところが文部科学省は、2013年に「(子どもの)頭を手の平でたたく」「(子どもに)ボールペンを投げつける」「正座させる」は禁止ですが、「教室内で立たせる」「教師の足をけった子どもの後ろからからだをおさえる」などは教師がしていいことだと言っています。こうした言い方だと、してもいい体罰としてはいけない体罰があるようにまちがって伝わるかもしれません。でも、してもいい体罰はありません。

2000年に子どもたちを虐待から守る法律ができました。その中では、ケガをしないくらいの痛みと恐怖をあたえる体罰は禁止されていないので、もっといい決まりに変えてほしいと思います。

【たたくことやこらしめることでは解決しない】

よく親からこんなことを聞きます。おしりをたたくくらいは体罰ではないとか、怒らないで落ち着いてたたくのはしつけで愛のムチなんだ、そんなことばです。でも、痛みや恐怖で子どもをコントロールする子育てや教育をする人のところの中には、子どもはおとなの言うことを聞くものだという気持ちがあります。君たちもちゃんと自分の意見が言えます。だから、おとなはことばで君たちにわかるように伝えることがだいじで、たたいたりこらしめたりすることは、まちがっています。

【たたくことやお金がないことに共通するもの】

おとながいっしょうけんめいにはたらいても、生活するお金が足らなくなることがあります。

そうするところもピリピリしてしまうかもしれません。そんな時には、子どもに腹を立ててたたくかもしれません。たたくことやお金がないことに共通するのは、人として大事にされているという気持ちがこわされることです。人として大事にされ、いやな思いにさせられないことは、君たちの親だけでなく国を動かしている人たちがしないといけない大切な仕事です。

たたかれるのが当たり前で育ってしまったら、君たちが親になった時に、たたくことが当たり前と思うかもしれません。それは、まちがった考えが続くことになります。だから、ちゃんと「たたかないで！」と言える子どもでいて下さい。

【たたかない子育てはかんたんです】

スウェーデンでは、君たち子どもと親がぶつかったとき、たたかないで話しあうやり方がいいんだと見つけました。日本でも、ほんとうは多くの家でたたかない子育てがふつうにされています。君たち子どもにも人としての権利^{けんり}があります。そして、おとなになった時に、弱い^{よわ}人の気持ちや権利^{けんり}を守れて、たたかない子育てがあたりまえにできる親に育ってほしいです。

子育てを家の中だけの問題としないで親を助けるしくみをもっとくふうして、家族の困りごと^{こま}をなくすような国に変えていきたいですね。

君たちが困^{こま}ったときには、電話してください。君の話をちゃんと聞いてくれます。

フリーダイヤル0120-99-7777

18さいまでの子どもがかける電話チャイルドライン

お金のかからない電話です。

午後4時から9時まで受けつけています。

4. 東日本第震災の被災地聞き取り調査

子ども貧困—被災地聞き取り調査から

1 東日本大震災

2011年3月11日に発生した東日本大震災による死者および行方不明者は、12都道県にて死者15,893名、行方不明者2,567名、合計18,460名となっている（警察庁2015.10現在）。さらに、復興庁の発表では2015年3月31日現在の震災関連死の数は、10都県で3,331名にのぼり、特に福島県においては震災関連死が1,914名となっており、震災死1,612名と行方不明者200名の合計を越えている（図表15）。震災関連死とは、地震やそれに伴う津波そのものによる死亡ではなく、避難生活での体調悪化や過労などの間接的な原因での死亡を言い、自殺も含まれる。福島県における増加の背景には、仮設住宅や借り上げ住宅での生活という環境の変化と、帰れる家があるのに帰還の見通しが立たないという「納得できない仮の生活」が関わっていることは、他県との対比から推測される。

図表15 東日本大震災における死者・行方不明者数と震災関連死数

主要な県名	死者数	行方不明者数	震災関連死者数	全壊／半壊家屋数
岩手県	4,673	1,126	452	19,595／6,570
宮城県	9,541	1,237	910	82,998／155,129
福島県	1,612	200	1,914	15,116／78,196
総合計	15,893	2,567	3,331	121,747／277,679

死者・行方不明者数、前回半壊家屋数：警察庁緊急災害警備本部

2015.10.9 広報資料より

震災関連死者数：復興庁 東日本大震災における震災関連死の死者数

2015.6.30 資料より

震災から年月を経ることで、被災を直接経験していない場合、震災の記憶は薄れていくが、被災地にとっては日常の生活が戻らない中で時間だけが進んでいくという現実、かえって問題を深刻にしていると理解する必要がある。そのことを想像できる力が、私たちに求められる。

小児科医として、震災から1か月が経った4月10日から14日まで初めて塩竈市にある坂総合病院に医療支援に入った。その後、8月にはゼミの学生2名と共に避難所での子どもたちへの学習支援に関わった。その当時の支援者のつながりから、以降は特に津波の被害が深刻だった宮城県石巻市へ、肩書きのない一支援者としての関わりを学生にも呼びかけ、この夏まで継続している。そうしたご縁から石巻市で継続的な支援活動をする方にご尽力をいただき、石巻とその周辺地域にお住まいで子育て中のご家族から、各々の抱えておられる現状とそこでの思いを聞かせていただいた。

また、福島市では、現地の民医連医療機関わたり病院で診療を続ける小児科医との信頼を頼りに、つながりのある患児のご家族と連携の深い保育園の保護者の方をご紹介いただき、震災と原発事故のもたらしている問題について、子育て中のご家族から聞き取りさせていただいた。テーマは「子ども貧困―被災地聞き取り調査から」であるが、貧困を広く捉え、被災地での困難として展開している点をご容赦いただきたい。

2 聞き取り調査の実施

震災からほぼ3年目にあたる2014年2月から3月にかけて、石巻市を中心に子どもたちへの遊びと学びの場の支援、さらに女性の相互の支え合いと仕事の開拓の分野で地道な支援活動を行う「こころスマイルプロジェクト」の志村知穂氏、福島市内のわたり病院小児科で日々子どもたちを支える小児科医北條徹氏および放射能問題に向き合う病院と関係が深いさくら保育園関係者のご尽力で、石巻市とその周辺の10家族、福島市とその周辺の4家族、合計15名の被災者の方々に聞き取り調査をさせていただいた（図表16）。

石巻市と周辺地域の10家族の場合、6家族は震災後の津波で自宅が全壊し、大規模半壊1家族、半壊2家族、半壊未満は1家族のみであった。また、半数の5家族が子ども2名を含む家

図表16 聞き取り 1

聞取日付	被災地域	被災状況	被災時の同居の家族構成	家族被災死の有無／ 原発との関係
2014.2.18	石巻市湊地区	全壊	父方祖父，父母，男児小6， 女児小3	東松島市母方祖母津波で死亡
2014.2.18	石巻市蛇田地区	大規模半壊	父方祖父，父母，姉6歳幼， 妹3歳	6歳姉が幼稚園バスで死亡
2014.2.18	石巻市湊地区	全壊	父母，姉小6，兄小4，弟 小2	
2014.2.19	石巻市蛇田地区	半壊未満 (津波被害なし)	父母，姉小4，妹6歳幼	6歳妹が幼稚園バスで死亡
2014.2.19	石巻市湊地区	全壊流失	父母，兄小6，姉小5，妹 小3	
2014.2.19	石巻市門脇地区	全壊	曾祖父，祖父母，母	母方曾祖母，祖母他親族7人 死亡
2014.2.20	石巻市万石地区	半壊， 床下浸水他	父方祖母，父の妹，父母， 兄小4，妹小1	
2014.3.26	北上町橋浦地区	半壊 (津波被害なし)	父方祖母，父母，兄小5， 妹小3	
2014.3.26	石巻市鮎川浜	全壊	母，兄小6，弟小2	母方祖父母津波で死亡
2014.3.27	石巻市万石地区	全壊	父母，兄中1，妹6歳幼	
2014.1.30	南相馬市	帰還困難区域 →解除	父方祖母，父母	祖母父は南相馬，母子福島
2014.2.26	福島市	損壊なし， 避難地域外	母方祖父，父母，男児中3 小5，女児2歳保	震災後，母方祖父死亡
2014.2.26	福島市	損壊なし， 避難地域外	母，女児中3，男児小4， 女児小3	母実家は青森六ヶ所村近郊
2014.2.26	福島市	半壊未満， 避難地域外	母，男児中1，男児5歳保	

族を失っていた。一方、家族を失う、あるいは家屋の倒壊や流失といった経験は、福島市での聞き取りでは何うことはなかったが、それぞれの家族の抱える原発事故による困難は大きい。特に2家族は母子家庭で、震災前から生活の大変さを抱えている中での被災であった。

記載している以下のお名前はすべて仮名であり、記載内容は個人が特定されないよう、少し修正を加えている場合もある点をご了解いただきたい。

2-1. 子どもを失った家族、娘を失ったアキコさん

今回、当時6歳の子どもを失った家族の思いを確認したい。

アキコさんは、夫が単身赴任中なので、今は小学校1年生になるマリナちゃんと祖父の3人で暮らしている。自宅は地震と津波によって大規模半壊と認定されている。震災前は当たり前の日々がどんなにか幸せだったか…、それがアキコさんの最初の言葉だった。テレビやゲーム

の主導権で姉妹の泣き笑いといった当たり前が聞こえなくなって、言わば音のない生活となっているのだという。

姉のリオナちゃんは、H幼稚園の送迎バスの内で亡くなった。この事件に関して、園の安全義務違反があったとする地裁の判決が出され、園側が控訴したが、2014年12月に高裁で調停が行われ、園の責任を踏まえた和解が確定している。リオナちゃんと遊んでいた人形で、マリナちゃんはまったく遊べなくなった。葬儀のあと、当時3歳のマリナちゃんに「お姉ちゃんはお星さまになったよ」と伝えたと、声もなく大粒の涙を流したのをアキコさんは鮮明に覚えている。この子は姉の死がわかったのだと思い、抱きしめて二人で泣いたという。その後、マリナちゃんはわがまを言わずに震災後を過ごしているという。

リオナちゃんが通っていた幼稚園は、日和山という海岸近くだが津波は来ない高台にあった。震災発生が14時46分で送りのバスの予定は15時07分だった上に、送迎ルートは海と反対側だったので、大地震のあとまさか海側に向かってわが子の乗ったバスが出発していたなど、アキコさんは想像だにできなかった。しかし、園に託された5人の園児たちのいのちは、送迎バスの内で津波とその後発生した火災によって奪われた。

アキコさんは、残ったマリナちゃんを大人にさせたい、何よりどうしてこんなことになったのか真実を知りたい、そう思い今まで生きてきた。今でも、姉のリオナさんとの時間を突然思い出し、泣けてしまうと言う。そして、マリナちゃんにとって、姉のリオナちゃんは今も大きな存在であり続けている。

なぜH幼稚園では子どもが守られなかったのだろうか。被災前に母の迎えがあり、バスを途中で降りた子がいたが、その子から「リオナちゃんが回りの園児を『大丈夫だよ』と励ましていた」と聞いた。そんな娘を誇りに思うと話したアキコさんだが、「子どものリオナにできたことを大人にもしてほしかった」と悔しい思いが続く。妹から姉への思いが、ノートの最後に「リオナがいないから寂しい、返してほしい」と綴られていたと言う。さらに、入学前の幼稚園での「お絵描き」で、本当に真剣に姉の絵を描いたと言う。

最後にアキコさんは、私たち福祉に関わるものへの大切なメッセージがあると話してくれた。「行政には、高台だから安全などと言ってほしくない。そこに人の意識が入らないとダメだと思う。そして地域の防災マニュアルをすべての現場でしっかり考えてほしい。それから地域の連携がとても大事だと思う」このアキコさんのことばをしっかり受け止める責任が、私たちにある。

2-2. 家族は引き裂かれ、福島市内で5歳の保育園児と暮らすヒロミさん

次に、震災によって家族がバラバラになる中、子どもの居場所を守ろうと努力する家族の姿を確認したい。

ヒロミさんの家族は、5歳のシュン君と仕事のため分かれて暮らす夫との3人家族で、震災当時は、南相馬市で父方の祖母と一緒に暮らしていた。実は、祖母宅から1-2分のところに

家を新築し、震災3日後の3月14日に引き渡し予定となっていた。ヒロミさんの就職先もほぼ決まり、市内の託児所にシュン君を預けだして「新たな生活がはじまる」そんなところ弾む中で震災とそれに続く原発事故が起こった。

3月11日激しい揺れを体験し、翌12日に福島第一原子力発電所1号機で起きた水素爆発の音を聞いたそう。情報が錯綜する中、県内をあちこちと移動し、自宅周辺は避難指示区域ではないこともあり、父は仕事を続けるため新築の自宅に、姑は元の家での生活に戻るが、ヒロミさんとシュン君は放射能の心配もあり、家族で相談して福島市内で生活することを決心して今に至っている。

「東電に賠償請求しても1回分の仮払金しか出ず、弁護士への相談でも補償は出ないと親身になってくれない」、そんな本当に一杯一杯な気持ちの毎日を、涙ぐみながら話された。南相馬のヒロミさんの暮らしていた地域は、福島第一原発から20km圏外で特定避難勧奨地点でもないため、補償対象地域になっていない。

ヒロミさんは、震災から1年余りして福島市内で仕事を始めたが、南相馬に帰りたい思いも強くもっている。帰るための一つの鍵になるのは保育所である。しかし、市役所に保育所への入所の相談すると、定員は一杯だということであった。不思議に思い、前に預けていた託児所に様子を尋ねると、保育所の数が半分に減って受け皿がなくなっていることがわかった。

両親が別々の生活となり、家族間のつながりに難しいものを感じている。そして、仮住まいといっても生活するということは、そこに新たな基盤をつくるということで、簡単には移れない。南相馬市内で安心して保育を受けられたら背中を押されるかもしれないが、実際は、保育士不足、園の閉鎖といった元に戻っていない子育て環境によって阻まれたのだった。

息子のシュン君には自閉症スペクトラム障害がある。幸い、障がいがあっても「さくら保育園」に通えるようになり、母へのインタビューのあとシュン君と保育園で会うことが出来た。他の園児たちと一緒に元気に遊んでいるシュン君、あいさつもしっかりとってくれ、この場を大事にしたいというヒロミさんの思いがよくわかった。「さくら保育園」は、放射線量を測定し、その結果を保護者と共有しながら、放射線防護の専門家安斎育郎氏を招いて、科学的に原発事故と向き合っている。

家族が原発で引き裂かれ、二重の生活が続く。新築の家のローンも大きな負担だと想像される。損壊がない原発事故（原子力災害）による被害は、国の救済ではなく東電からの賠償という形で行われている。保障を希望するとADRという裁判外紛争処理に問題をあげないといけない。ADRをうまく利用できた被災者とそうでない被災者では、補償に差が生じている現実があり、公平な救済の難しさを知った。そして、お金だけで解決しない地域再生の問題は、まだまだこれからだ。

3 震災を福祉の視点で考える

人は世代を超える記憶に向き合わなければならない。86歳になる私自身の母親は、高齢になって認知症が進行するに伴い過去への扉が開き、しばしば戦時中に向き合っている。母から学ぶのは、今が記憶できず、新しい記憶が削りとられるという困難な現実に向き合うとき、仕舞い込んでいた辛い記憶が呼び起こされるということだ。戦争だけではない。震災という大きなトラウマ体験であれば、こころが深く傷つくことは想像に難くない。それは、これから何十年と続く大きな問題である。

時を経ても褪せることなく過去は呼び起こされ、時には不眠や抑うつ的な感情、あるいは自殺念慮といった様々な心身の症状が引き起こされる¹⁾。10年20年の歳月を経ても生活の困難を引き受けざるをえない中では、心の奥に封じ込めていた苦しい記憶は呼び起こされることもあるだろう。戦争と同じく震災の体験をもつ人々にとっての時間の経過は、必ずしも前に向いて生きるエネルギーを生み出すとは限らない。その背景に生きる意欲を削がれることによる心身の負担の結果である震災関連死が、これからも続くと考えざるを得ない。

そのような苦悩を、14人のご家族からの聴く取りからも窺い知ることが出来た。震災3年目の思いを以下にまとめてみた(図表17)。

今回の震災、原発事故と、こうした問題を通じてさらに広がりつつある貧困や格差は、人を深く傷つけている。そのことを、被災地での様々な人々との出会いの中で実感した。震災後の夏、塩竈と仙台を結ぶ仙塩街道沿いでひと際目立ったのは、パチンコ店の異様な明かりとその繁盛している様子だった。貧困層にパチンコあるいはアルコール依存、高い喫煙率がみられるが、それはパチンコのからくりや肺がんのリスクの教育だけでは決して解決しない。パチンコに入り浸ったりタバコをやめられなかったりする背景には、震災をきっかけに深刻化した貧困による疎外感やストレス、あるいは地域や職場での関係性の貧しさがあって、そこへの解決や寄り添いがなければ、マニュアルによる機械的で一般的な対応だけでは、解決は見えてこないだろう。ここでまず、「復興格差」と「寄り添う支援」をキーワードにあげておきたい。

また、福島第一原発事故での福島に暮らす人々たちへの計り知れない犠牲の構図は、実は沖縄普天間から辺野古への基地移設の問題に象徴される沖縄の犠牲の上に本土があり続けてきた現実と同じとも言える。私たちは、抑圧され差別される側あるいは困難を強いられ矛盾の中に生きる側に立って、自分自身にも問いかけねばならない。批判的に社会を分析することの意義は、強調されすぎることはないであろう。

震災から3年4年と歳月が流れる中で、マスコミや政治を担う者の言う「未来志向」は、過去の過ちの忘却と強者に都合のいい過去のねつ造に基づいていることを忘れてはならない。それは「震災から年月が経ったのだから区切りをつけて前に向かって…」といった意識の形成でも同じように見られる。都合のいい美談に聞こえるエピソードを交えながら、過去を忘れるということばの裏には、意図的に選択し美化する過去があるのだと意識的にみる必要がある。福

図表17 聞き取り 2

No	被災地域	家族の3年目の思い
1	石巻市湊地区	津波被災地区内で中学と統合された小学校も再開。地元を取り戻したいが不安。子どもと若者が減少。
2	石巻市蛇田地区	震災前の当たり前がない。事件のフラッシュバックで泣ける。園や園長への思い。父単身赴任で二重生活。
3	石巻市湊地区	被災時小6だった娘は中学3年間仮設に通い、仮設住宅で受験勉強中。スポーツ部活の送迎の負担大きい。
4	石巻市蛇田地区	妹を亡くし姉を一人に出来ず、自転車に乗せられず、部活もさせられない。自分の時間が止まっている。
5	石巻市湊地区	自宅は津波で流失したため内陸に家を建てた。毎日の生活はギリギリの状態。3人の子どもは転校した。
6	石巻市門脇地区	母は実母他7人の親族を失った。震災後男児を出産するが、DVで離婚調停中。夜のバイトで生活は大変。
7	石巻市万石地区	父は定職についているが生活は厳しい。姑との関係で苦勞あり。妹は保健室に母と通う。兄は高校受験。
8	北上町橋浦地区	父の仕事は機械壊れ収入減で夫婦で言い争いも。町に活気がないし復興計画が不明確。精神的にしんどい。
9	石巻市鮎川浜	両親を津波で失い、シングル。子どもが元気で助かるが1人になると辛い。児童扶養手当を止められた。
10	石巻市万石地区	父の同級生の娘を預かり、のち児童養護施設へ。在宅被災者への支援がない。建設ラッシュで通学危険。
11	南相馬市	母子福島市内、父南相馬市の二重生活。子どもにとって保育園が居場所戻れない。母精神的にしんどい
12	福島市	反原発、福島への差別。父が学童、母が団体職員で生活は大変。福島で暮す意味を見出さないといけない。
13	福島市	母子で子育て、児童扶養手当の見直しは生活を苦しくする。子どもをバラバラにしない必死の思いで来た。
14	福島市	母子で2人を育ている。上の子は中卒で現場の仕事に就いた。生活保護での生活だが苦しい。

島で聞き取りをさせていただいたお2人から、「オリンピックと言っているそんな日本でいいのか」という主旨の語りがあった。聞き取りからさらに2年近くが過ぎ、それは益々リアリティーをもってきていると思う。

低い目線から発見した問題提起は、たとえ現在は少数派で無力に見えても、やがて多数派になる可能性をもっている。「広い視野を持ち、長い将来まで見通す構想力を持つことによって、自分の現在における位置づけが明らかになり、進むべき方向も明らかになる。そしてこの方向をめざして、着実に歩み出すことによって、無力感を克服し、社会的効果を生むことができる。」この社会学者石田雄のことばに希望を見出したい²⁾。

そうした希望を被災地でも感じる事ができた。「駄菓子屋ワゴン」(500円の手製コインを用い、校内で駄菓子を選び購入する子どもの主体的な取り組み)といった取り組みとの出会い

である。被災地を支えるということは、単に支援するだけでなく主体者として相互に支え合い理解し合える社会づくりにある。

聞き取り調査から、①責任の取り方と予防的な日頃の構えの重要性、②いのちへの思い、③原発事故の受け入れがたい現実、④仮住まいが、多大なストレスを生むとともに、「仮」ではない現実があるということ、⑤科学に基づく対応と情報の公開・共有の重要性、こうしたたくさんの方たちへの課題、見方が確認できるように思う。

4 最後に

震災被災者、原発事故被害者への福祉の立場での支援課題は、決して簡単に整理のつけられるものではない。しかし、いずれも個性がある一方で、極めて普遍性がある課題であることを伝えることができたのではないだろうか。本稿をもとに、震災と原発事故を振り返る作業を今一度行うことを通じて、福祉の思想性と具体的な支援の両面を深めることを期待したい。

補 足

1. 福島の子どもと放射能

福島市内の「学童保育きりん」は、震災後も自主避難の余裕のない家庭の子どもたちのための居場所であり続けている。しかし、庭代わりの神社の境内は除染までに2年半近くかかり、外で思い切り遊べなかった。そんな月日は、低学年だった小学生では道路をうまく歩けなかったりボール遊び出来なかったりといった現実につながり、最終学年を運動会、水泳などの見せ場なく過ごした被災時小学5年生が中学で荒れる問題にも繋がっていた。放射線量のモニタリングに基づき、子どもたちが外で思い切り遊べる場としての役割を取り戻している。

同じ市内の「さくら保育園」は、放射線防護の専門家安斎育郎さんの支援で、2011年5月から線量を測り科学的な除染作業を行ない、2011年の夏にはプールの除染とその後の線量を父母と確認してプールでの水遊びを再開した。除染が進まない道路であったが、通園路の線量マップをつくり、安斎さんの指導で安全な通学路を確認した。雪が降ると園庭の線量が下がることを確認し、外で思いきり遊ばせる取り組みも行われた。このようにあらゆる情報を公開し、2012年からは園庭での運動会を続けている。

2. 駄菓子屋ワゴン（図表18）

石巻の被災者支援の非営利法人「チーム王冠」、その後「こころスマイルプロジェクト」によって、震災の年の9月から市内の小学校で続けられている小学生の買い物体験の取り組み。その原点は、被災後の学校への弁当支給であった。そのあと、おやつを友だちと食べる楽しみも届けたいとはじまったのが、駄菓子屋ワゴンである。元々は教室の空きスペースがなく、ワ

ゴン車での移動販売のイメージで始まった。その後、校舎内の教室や体育館に10円から買えるたくさんの駄菓子を並べレジも置いて、駄菓子屋を再現し買い物を行う。子どもたちには500円のメダルを渡し、カゴに500円分の買い物をしていく。最後は子どもの担当するレジで精算し、ピッタリ500円の買い物が出来るとピッタリ賞もおまけしてもらえる取り組みである。駄菓子を買える楽しみ、レジ係でお店をする自信、すべてを忘れて楽しめる素敵な空間と時間が広がる。支援学級の子たちがレジ係をする中で発せられる「ありがとうございました！」の誇らしい大きな声から、震える感動が伝わる。子どもたちの努力への表彰もある。人も駄菓子も上記ボランティアとその資金で運営され、市内24の小中学校で継続して取り組まれている。被災地だけでなく、日本中で取り組んでほしい「遊び」の実践だと思い、紹介した。

図表18 駄菓子屋ワゴン



参考文献

- 1) 沖縄戦と心の傷 ト라우マ診療の現場から 蟻塚亮二 大月書店 2014.6
- 2) 記憶と忘却の政治学 同化政策・戦争責任・集合的記憶 石田雄 明石書店 2000.6

本稿は、2015.12.5.行われた国際シンポジウム「東アジアにおける貧困と立つ貧困政策の課題」報告論文集（114-120p）に掲載されたものである。

（たけうち はじめ 研究員／佛教大学社会福祉学部教授）